

Forma Para Quejarse Sobre Una Discriminacion

1. Información sobre el demandante:	
Nombre: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Participante <input type="checkbox"/> Otro, por favor :	
Telefono de Casa:	Telephone de Trabajo:
Telefono Cellular:	Correo Electronico:
2. Información Sobre el demando:	
Nombre de la agencia Involcrada:	
Direccion de la agencia Involcrada:	Telefono:
3. Mejor hora para comunicarse:	
Cual is la hora y lugar mas conveniente para comunicarnos con usted sobre esta queja?	
4. Cuando y donde ocurrio la discriminacion?	
Que usted recuerde, en cual (es) fecha(s) y en que lugar ocurrio la discriminacion?	
Primer incidente: Lugar; lugar(es) donde ocurro :	
El icidente mas curriente:	
5. Resolucion al nivel local:	
Alguna vez, ha intentado a resolver esta queja al nivel local?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
A. Usted ha sido provisto con una decision final al nivel local en cuanto a su queja? Fecha de la decision final (si hay).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
B. Ha pasado 90 dias desde que usted presento o intento a presenter esta queja al nivel local?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. Describa lo que paso: Explique tan breve y claro que sea posible lo que paso y como ellos discriminaron contra usted. Indica quien cera en involucrado. No deje de incluir como las otras persons le diferentemente a usted. Tambien, entregue cualquier material escrito refrente a su caso.	

Forma Para Quejarse Sobre Una Discriminacion

7. Programa del Departamento de Trabajo que fe involucrado.		
Que usted sepa, Cual de los siguientes programas de Departamento De Trabajo fue involucrado?		
<input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Ley de inversion en la Fuerza Laboral WIOA <input type="checkbox"/> MSHA –Mine Safety Health Admin. <input type="checkbox"/> OSHA –Occupp. Safety Health Admin. <input type="checkbox"/> Otro, especifique:	<input type="checkbox"/> Job Corps <input type="checkbox"/> Trabajador Displazado <input type="checkbox"/> Estadounidenses Mayores <input type="checkbox"/> Servicios de Empleo <input type="checkbox"/> Servicios para Veteranos	<input type="checkbox"/> Seguro por Desempleo <input type="checkbox"/> Rehabililitacion Vocacional <input type="checkbox"/> Jovenes
8. Base De Queja:		
<input type="checkbox"/> Raza	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Religion	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Sexo	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		
<input type="checkbox"/> Incapacidad	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Ciudadania	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Color	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Origen Nacional:	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Edad (FDN)	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Afiliacion Politica	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Represalia	Especifique:	
<input type="checkbox"/> Other	Especifique:	
9. La Discriminacion involucrado:		
Piensa usted que la disriminacion contra usted involucra: (marque uno)		
Su trabajo o busqueda de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Que usted utiliza facilidades o algun prove a usted o no prove a usted con servicios o beneficios? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Si es asi, cual de los siguiente es involucrado?		

Forma Para Quejarse Sobre Una Discriminacion

2.	Numero de la agencia o tribunal:	
	Domicilio de la agencia o tribunal:	
	Comentarios:	
	Agencia:	Fecha presentado:
	Numero de la agencia o tribunal:	
	Domicilio de la agencia o tribunal:	
	Comentarios:	
	Firma (la queja no es valido sin el firma del demandante)	
	Firma del demandante:	Fecha:

Por favor, continúe en la página siguiente para la denuncia de consentimiento y forma

Solo Para el uso de la oficina del EO
La fecha que nuestra oficina recibio la queja de la Discriminación:
La fecha que la investigación fue completado:
Disposición: <input type="checkbox"/> Inoportuno <input type="checkbox"/> Sin fundamento <input type="checkbox"/> Apoyado
Si apoyado, conecta una copia de la determinación correctiva de acción:
Si apoyado, conecta una copia de la determinación correctiva de acción:

Forma Para Quejarse Sobre Una Discriminacion

“Forma de Consentimiento”

Vamos a necesitar su consentimiento para divulgar su nombre a personas no empleadas por el Maricopa Workforce Connections (MWC) en caso de ser necesario en el curso de cualquier investigación.

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad : _____ Estado : _____ postal : _____

Por favor, lea la siguiente información, marque la casilla correspondiente y firmar este forma.

Como el demandante, yo entiendo que para el MWC investigué las acusaciones en mi queja, es probable que sea necesario para el MWC Personal Administrativo de revelar mi identidad a las personas (s) que supuestamente han discriminado en mi contra y de divulgar información sobre mi denuncia a esas personas (s), incluyendo los detalles que he proporcionado como parte de mi queja.

Entiendo que el MWC divulgarán información acerca de mi queja, incluyendo detalles de identificación personal a los funcionarios del MWC que tienen necesidad de saber esta información. Entiendo que el MWC puede ser necesario para obtener información acerca de mí de las personas y entidades fuera de MWC y MWC puede necesitar revelar información sobre mí, a las personas que no trabajan con el MWC cuando ello sea necesario para investigar mi queja. Entiendo que el MWC se requiere para atender todas las solicitudes bajo el Acta de Libertad de Información.

Finalmente entiendo que, como demandante, no puede ser intimidado o represalias en su contra por haber presentado una queja por discriminación contra el MWC o por haber participado en una denuncia presentada contra el MWC.

Consentimiento - He leído y entiendo la información anterior y autorizo a MWC para revelar mi identidad a personas no empleadas por el MWC Por la presente autorizo el MWC para recibir información y material acerca de mí que es pertinente para la investigación de mi denuncia de las personas y entidades dentro y fuera del MWC. Esta versión incluye, pero no se limita a los expedientes personales y expedientes médicos. Yo entiendo que el material y la información será utilizada con el propósito de la investigación y decidir mi queja. Además, entiendo que no estoy obligado a consentir esta versión, y lo hago voluntariamente.

Consentimiento denegado, he leído y entiendo la información anterior y no quiero MWC a revelar mi identidad a la persona (s) que alegan discriminación en mi contra, a otros funcionarios del MWC, o para personas no empleadas por el MWC. No quiero MWC para obtener copias de documentos o información pertinente acerca de mí a mi queja de las personas y entidades fuera de MWC. Entiendo que esto pueda obstaculizar la investigación de mi queja y mi resultado en el cumple de ser cerrado.

Firma

Fecha